

Tendinitis aquilea en el anciano

Introducción. Las quinolonas son un grupo de agentes antibacterianos sintéticos relacionados estructuralmente con el ácido nalidíxico¹. Atendiendo al espectro antibacteriano se clasifican en quinolonas no fluoradas o de primera generación (ácidos nalidíxicos, pipemídico y oxolínico), que tienen un espectro limitado y no alcanzan niveles sistémicos eficaces; fluoroquinolonas de segunda generación (ciprofloxacino, norfloxacino, ofloxacino y perfloxacino), con gran potencia frente a gramnegativos incluidas *Pseudomonas*, y fluoroquinolonas de tercera generación (levofloxacino y moxifloxacino), con actividad frente a microorganismos grampositivos y gramnegativos y atípicos. Entre las precauciones que se deben tener en cuenta al prescribir este grupo terapéutico están el evitar la exposición solar prolongada por la fototoxicidad que ocasionan y restringir su uso en niños y adolescentes por la afección del cartílago de crecimiento².

Caso clínico. Varón de 74 años que acudió a nuestra consulta al presentar de forma brusca dificultad a la deambulación por dolor en el pie izquierdo de 48 h de evolución que posteriormente se hizo bilateral. No refería ningún sobreesfuerzo físico ni traumatismo directo y no mejoró tras la toma de antiinflamatorios. En la exploración física no se observaba deformidad, hematoma ni inflamación en ambos tobillos, y destacaba el dolor selectivo en ambos tendones aquileos, así como la limitación de la flexión dorsal del pie. Al repasar la historia clínica se comprobó que se trataba de un paciente alérgico a las penicilinas y asmático en tratamiento habitual con una inhalación cada 12 h de salmeterol 50 µg/fluticasona 250 µg, y que en ocasiones había necesitado pautas de corticoides por vía oral. Había sido tratado hacía 4 días por una reagudización asmática leve secundaria a una bronquitis aguda, para cuyo tratamiento se aconsejó doblar la dosis de los broncodilatadores y añadir moxifloxacino 400 mg/24 h/5 días. Ante la sospecha de una reacción adversa medicamentosa se

cambió la antibioterapia, y desde entonces el paciente notó una mejoría progresiva de su cuadro clínico. El hecho se notificó al Centro de Farmacovigilancia.

Discusión y conclusiones. La tendinitis se considera un efecto adverso poco frecuente del grupo de las quinolonas que puede ocasionar rotura del tendón en el 31% de los casos. El tendón de Aquiles es el más afectado y hasta en un 50% de los casos la afección es bilateral³. La sintomatología aparece dentro de las primeras 2 semanas de tratamiento y cede espontáneamente al retirar la medicación, aunque hasta en un 11% de los pacientes puede persistir 2 meses después. Un número importante de pacientes suele ser anciano y/o recibe tratamiento con corticoides⁴.

R. Cortés Sancho, P. Cossío San José, E. Miñambres Alija y J. Muñoz Rodríguez

Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Laguna de Duero. Valladolid. España.

1. Villa Alcázar LF. Medimecum. Guía de terapia farmacológica. 8.^a ed. Barcelona: Adis; 2003. p. 459-60.
2. Mensa J, Gatell JM, Jiménez de Anta MT, Prats G, Domínguez-Gil A. Guía de terapéutica antimicrobiana. Barcelona: Masson; 2002. p. 31-4.
3. Escribano Pardo P, Cuello Oliván MJ. Seguridad de las nuevas quinolonas. Aten Primaria. 2000;25:448.
4. Frías Iniesta J, Ibáñez Ruiz C, Esteban Calvo C. Seguridad de las fluoroquinolonas diez años después. Rev Esp Quimio. 1999;12:15-7.

Espirometría forzada en el diagnóstico de EPOC en un centro de atención primaria

Objetivo. Comprobar si los pacientes diagnosticados de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) lo habían sido correctamente, así como examinar la cali-

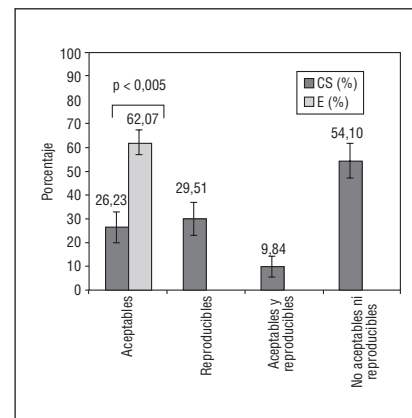


Figura 1. Análisis de los registros obtenidos de las espirometrías en el centro de salud (CS) y en centros de especialidades (E).

dad de la espirometría realizada en atención primaria y en centros de especialidades, y comprobar si los estudios se concluían correctamente con la realización de la prueba broncodilatadora.

Diseño. Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento. Centro de Salud El Torito, Área 1, Madrid.

Mediciones principales. Se registraron el diagnóstico del paciente, si se le habían realizado espirometrías y si éstas cumplían los criterios de aceptabilidad y reproducibilidad, y si se realizaba una prueba broncodilatadora.

Participantes. Se recogió a la población incluida en el registro de EPOC de la cartera de servicios del centro de salud hasta abril de 2003.

Resultados. De los 315 pacientes incluidos en el registro no se pudieron encontrar las historias de 169 por distintos motivos, por lo que se estudió a 146 pacientes y 244 espirometrías. Se encontró que 28 casos (19,18%) habían sido diagnosticados incorrectamente de EPOC¹⁻⁴. Sólo 6 de las 61 espirometrías (9,84%), con el registro en papel, realizadas en atención primaria cumplían los criterios de calidad^{3,5,6}, mientras que 18 de las 29 espirometrías (62,07%) con registro realizadas en centros de especialidades cumplían los criterios de aceptabilidad (fig.1). Únicamente en 2 de 74 espirometrías (2,70%) en atención primaria, frente a 54 de 170 espirometrías (31,76%) de atención especializada, se realizó la prueba broncodilatadora.

Conclusiones. Es necesario realizar un mayor esfuerzo en el diagnóstico correcto del paciente con EPOC mediante espiro-

Palabras clave: Tendinitis. Anciano. Quinolonas. Corticoides.

Palabras clave: Espirometría. EPOC. Atención primaria.